

Zgłoszenie na zajęcia terapii EEG Biofeedback w roku szkolnym 2021/2022

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia i PESEL		data ur.: _ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok) PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy (obowiązkowo) Adres mailowy (opcjonalnie)		
Szkoła i klasa		
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	
	wtorek	
	środa	
	czwartek	
	piątek	
Uzasadnienie / Powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy w ubiegłym roku szkolnym dziecko brało udział w terapii Biofeedback?		<input type="checkbox"/> Tak (kontynuacja zajęć z poprzedniego roku) <input type="checkbox"/> Nie (nowe zgłoszenie)

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć terapeutycznych w Poradni P-P nr 10 (ul. Wrzeciono 24), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.(ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)

.....
(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie lub na adres mailowy o wynikach rekrutacji na zajęcia oraz na kontaktowanie się tą drogą z prowadzącym w trakcie trwania terapii

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacjami dotyczącymi kwalifikacji i terapii dostępnymi na stronie ppp10.waw.pl w zakładce *Terapia EEG Biofeedback*.

.....
(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)